(Ingresan a Sala los representantes del Sindicato Anestésico Quirúrgico).

SEÑOR PRESIDENTE.- Buenas tardes. La Comisión de Salud Pública del Senado da la bienvenida a los representantes del Sindicato Anestésico Quirúrgico.

SEÑOR LÓPEZ SECCHI.- Buenas tardes.

Señor presidente de la Comisión de Salud Pública del Senado, senador doctor Marcos Carámbula y demás senadores integrantes: en primer lugar, queremos agradecer ser recibidos por esta comisión.

Nuestro sindicato solicitó esta reunión en el marco del conflicto por representatividad en el que estábamos inmersos y que, al menos, transitoriamente, ha sido solucionado. Se trata de que, habiéndose reconocido que el Sindicato Anestésico Quirúrgico es quien representa a los médicos anestésico quirúrgicos, actualmente estamos concurriendo a la llamada Comisión Asesora Multipartita del Grupo 15 del Consejo de Salarios acompañados por nuestros asesores, tal como lo veníamos reclamando. Este acuerdo logrado en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social condujo a que se levantaran las medidas de paro gremial que estaban programadas, lo cual entendemos, significó un beneficio para la sociedad toda.

El Sindicato Anestésico Quirúrgico del Uruguay es consciente de que el instrumento del paro gremial debe ser la última de las medidas a tomar y solo llevarse adelante cuando en la contraparte no se encuentren interlocutores dispuestos a escuchar, lo que afortunadamente al final ocurrió primando así la sensatez.

Sin perjuicio de ello hacemos notar que hemos advertido que, en ocasiones, las autoridades han llevado adelante una campaña de desprestigio hacia nuestro sindicato, campaña que sin embargo no reviste el mismo tenor cuando nuestras actividades de policlínica o de sala de operaciones son detenidas por otros sindicatos de médicos, de no médicos o, incluso, por parte de las mismas instituciones cuando decretan los llamados feriados quirúrgicos que impiden que los pacientes sean operados de patologías no urgentes, tanto en los meses de verano como de invierno. Por otro lado, vemos también con asombro cómo se ha legalizado que la resolución de estas patologías pueda tener un tiempo de espera de hasta seis meses o que la consulta con un especialista pueda esperar hasta un mes o, como en realidad suele suceder, hasta tres meses. Y los pacientes lo saben y son ellos los que lo sufren.

Esta situación que describimos sí que genera regularmente una lista de espera. El denunciarlo en esta comisión del Senado también hace parte del compromiso social de nuestro sindicato. La corrección de las fallas en este Sistema Nacional Integrado de Salud es competencia de todos; solo así podremos avanzar en la mejora de la calidad del mismo.

También en aras de esa calidad, vemos con preocupación cómo en los distintos efectores de salud se presenta el caso de que colegas sin título de especialista desarrollen la tarea para la cual se debería contar con el suficiente entrenamiento. Se trata de la salud y de la vida, y esto no admite dos lecturas. Particularmente en ASSE, pero ocasionalmente también en el sistema mutual, se ven este tipo de prácticas.

En lo referido al cambio de nuestras condiciones laborales planteado por otro sindicato, que no es quien representa gremialmente a los médicos anestésico quirúrgicos, pero que propone un diseño de los llamados *cargos de alta dedicación*, también, como es natural, dado que somos quienes conocemos nuestro trabajo, tenemos muchísimo para aportar. En ningún momento hemos manifestado que no estamos dispuestos a estudiar propuestas, pero parece claro que no podría nunca tener

andamiento una modificación del régimen de trabajo que no sea discutida con los trabajadores comprendidos y aprobada por los mismos, o sea, nuestros representados.

Aun cuando mañana mismo tenemos convocada una nueva asamblea para considerar todos estos asuntos, al menos en el ámbito de nuestra mesa ejecutiva estamos convencidos de que cualquier modificación de nuestro régimen laboral que implique topes salariales, exclusividad o dejar de lado el acto médico va por un camino contrario a lo que consideramos mejor para nosotros y para la sociedad. En particular, la retribución por el acto médico no es sino el pago por su productividad a quien cumple efectivamente con ella. No solo atiende intrínsecamente a la justicia respecto al trabajador, sino que directamente beneficia a los usuarios del sistema, que inevitablemente ven así una mayor dedicación de quien está a su servicio. Si es lo mismo no operar que operar poco o es lo mismo operar lo complejo que lo sencillo, el destino final común será la no especialización, el no deseo de crecimiento, el no compromiso personal y la no actualización periódica, el volver a épocas anteriores a 1992, cuando pocos hacían mucho y muchos hacían poco.

Por otro lado, la calidad en medicina también exige un laudo único, público y privado. No puede haber salud de primera o de segunda en un único Sistema Nacional Integrado de Salud. No puede haber técnicos ni no técnicos con salarios distintos por realizar la misma tarea.

Al recibir la confirmación de vuestra invitación para esta reunión, no dudamos en aceptarla, a pesar de estar resuelto, al menos en esta instancia, aquel originario y apremiante motivo de nuestros problemas. Es más, como ustedes advertirán, es mucho lo que, con ánimo de entendimiento y no de confrontación, nuestro sindicato puede hacer por aquellos que representa y por la sociedad toda y el Sistema Nacional Integrado de Salud en particular. Por supuesto que estamos abiertos al sano intercambio de opiniones y deseamos que esta comisión haga suyos nuestros planteos de mejor calidad para la atención de nuestros pacientes.

SEÑOR LÓPEZ.- Mi nombre es Daniel López y soy el presidente de la Sociedad de Cirugía Vascular.

Quisiera extenderme un poco más en lo que manifestaba el doctor López Secchi. La voluntad de nuestro sindicato es colaborar en esta instancia. Nosotros estamos convencidos de muchas de las bondades del Sistema Nacional Integrado de Salud, pero advertimos que hay algunas asimetrías, fundamentalmente en lo que se manifestaba en cuanto al sistema público y privado. Eso genera dificultades en la atención y en lograr los objetivos finales de calidad de la asistencia. Nuestro sindicato está dispuesto a colaborar en algunas formas de cambio de modelo de trabajo, siempre que se tomen en cuenta los principios generales que nos rigen y que están, en definitiva –es lo que nosotros pensamos–, orientados a la búsqueda de la mejor eficiencia y el mejor perfeccionamiento de nuestro trabajo. La carrera quirúrgica, la carrera intervencionista, tiene un acto central que es el de las intervenciones quirúrgicas, cuya complejidad requiere un entrenamiento adicional. Por ese motivo, nos parece obvio que su retribución e identificación como mecanismo central de la productividad sea un ítem a conservar dentro de nuestro esquema laboral.

Estamos dispuestos a colaborar y tenemos aportes para hacer sobre los problemas que se dan fundamentalmente en el sector público, pero siempre con la intención de trabajar en conjunto para una mejor eficiencia del sistema.

SEÑOR AGAZZI.- Es un gusto recibirlos. Se habló tanto de los líos de la organización de los médicos y de los reclamos de los anestésico quirúrgicos que era mejor sentarse en una mesa y empezar a hablar del tema. Nosotros no vamos a resolver nada, pero al igual que ustedes, tenemos una responsabilidad institucional.

Quisiera hacer algunas preguntas y comentarios sobre lo que ustedes dijeron. Creo que el centro del planteo del presidente fue el conflicto por la representatividad que, en todo caso, no es nuestra especialidad. Quién es representativo de quién no es un tema exclusivo de salud pública; puede pasar con otros gremios en otras instancias. Igualmente entendemos su importancia por lo que se dijo recién: el acto central de la intervención brinda una trascendencia muy grande a lo que ustedes hacen y también un gran poder. En Europa, los sindicatos más fuertes son los que manejan los trenes,

porque cuando ellos paran se tranca todo. Con la importancia que tiene lo que ustedes hacen, debe resultarles muy difícil equilibrar su defensa en el conjunto de la salud de la población.

Ustedes dijeron que había tres cosas esenciales: los topes, la exclusividad y la remuneración por acto médico. El fundamento que realizaron de la remuneración por acto médico fue el de que, en cierta medida, conduce a la especialización y si no se tiene en cuenta puede generar que se trabaje sin un estímulo para la especialización; ustedes lo sienten así. Ahora bien, tengo otra profesión y puedo decir que en otras profesiones no se cobra por acto profesional y eso no impide que se desarrolle la especialización. Es decir que la especialización no se da necesariamente porque se tenga una retribución por acto médico; se da también por el interés personal en especializarse y de hacer mejor las cosas, además de las remuneraciones. Quería hacer este comentario porque soy agrónomo y en esta profesión no trabajamos por acto agronómico así como tampoco los legisladores cobramos por acto legislativo. Insisto, no necesariamente hacer mejor las cosas es un producto lineal de la forma como se cobra.

De sus expresiones hice una valoración muy grande del trabajo que realizan y del compromiso que tienen, y me parece que ese es un estímulo importante para que toda la sociedad mejore.

No quiero ingresar en el conflicto por la representatividad porque no tengo muchos elementos para hacerlo, pero me pregunto por qué esto no pasa en otros sectores de la medicina cuyo trabajo también es muy importante. ¿Por qué en una gremial importante, los que se consideran diferentes y quieren representarse a sí mismos son solo los anestésicos quirúrgicos? ¿Acaso pasa también en otros casos? Creo que si queremos una salud mejor para la población, un estímulo para la especialización profesional y hacer cada vez mejor el trabajo hay que organizarlo bien y entenderse. Por eso pregunto si esto sucede con otros sectores de la medicina o pasa exclusivamente con los anestésico quirúrgicos por la importancia del acto central que realizan. No quiero hablar sobre si hay otras especialidades más o menos importantes que éstas –respeto mucho lo que ustedes entiendan y no me corresponde decirlo–, pero me pregunto por qué pasa esto.

SEÑOR LAFLUF.- A efectos de complementar lo expresado por el señor senador Agazzi quisiera decir que, justamente, hoy en la mañana en la bancada de representantes de mi partido se planteó la diferencia y también se dijo que muchos médicos del interior no se sienten representados por el Sindicato Médico del Uruguay.

Por otro lado, aquí se hizo referencia –quizás entendí mal– a médicos sin títulos habilitantes a la especialidad. ¿Puede ampliarse la información y decirnos de qué se trata?

SEÑOR BEYHAUT.- Soy doctor y formo parte de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay. A continuación voy a responder por qué sentimos esa diferencia. Un acto anestésico quirúrgico es tremendamente simple o simplemente tremendo. ¿Qué quiere decir eso? La diferencia con el trabajo que desempeña un ingeniero agrónomo, por ejemplo, es que nosotros violentamos la biología de tal forma que nuestro accionar puede determinar, la mayoría de las veces –el 99 % o quizás un poco menos, el noventa y algo por ciento–, el buen funcionamiento biológico, pero también puede determinar la alteración de la biología, de la dinámica y de la estructura de salud. Entonces, eso implica un riesgo, un estrés y un compromiso distinto. En realidad, si lo pensáramos muy bien, no elegiríamos hacerlo, porque en realidad nadie elige pasar por un momento de estrés. Sin embargo, lo elegimos porque nos gusta, y para estar capacitados necesitamos aprender, sentirnos seguros y tener fuerza, decisión, convicción y preparación. Esto es lo que nos une; no nos une el acto médico como tal, sino que el acto médico es una acción que tiene esas particularidades y que la sentimos de ese modo. Creo que esto es lo determinante. En pocas palabras, estoy contestando desde el punto de vista filosófico por qué nos sentimos unidos en la acción.

SEÑOR ERLATZ.- El acto médico termina siendo un estímulo. Es más, creo que todas las especialidades médicas deberían tener un pequeño estímulo, pero en nuestro caso principalmente, porque tenemos que estudiar y prepararnos no solo a nivel intelectual, sino formativo en cuanto a la destreza que debemos adquirir para este tipo de trabajo. Habitualmente el costo corre por cuenta nuestra, no solo el viaje y la estadía, sino que cuando se trata de varios días, también se nos

descuenta de nuestro salario. Conversando con colegas de otros países vemos que tienen más estímulos. El único estímulo que realmente tenemos acá es el acto médico.

Entonces, este no es un tema de querer cobrar más o menos, sino simplemente de justicia. El que trabaja más, se formó más, va a trabajar más y no es que vaya a cobrar más, porque hay un arancel y va a cobrar determinada cantidad. Si gana más es porque trabajó más y la gente lo eligió, o porque las mutualistas lo eligieron porque está trabajando bien.

En Uruguay, en algunos lugares se trabaja con tarifas planas y, en otros, con acto médico. Veo a diario que donde hay tarifa plana se tiende a achatar; esa es la realidad. Entiendo que no debería ser así, pero la naturaleza humana es así en todos los órdenes de la vida, no solo en la medicina. Entiendo que somos profesionales y esto no debería ser así, pero la tarifa plana achata la especialidad y lleva a que si uno tiene que invertir en formarse más o debe recurrir a una cirugía o a un procedimiento que es más invasivo y tiene más riesgos, piense que es mejor que lo haga otro.

También los seguros reconocen esto y los que son por mala praxis –que hoy todo el mundo tiene– resultan más caros para los médicos anestésico quirúrgicos.

Además, producto de ese estrés que también tiene nuestra tarea –esto ya está bien estudiado– es que nuestro promedio de vida es más corto.

Así que creemos que es de justicia que tengamos, aunque sea, ese estímulo.

SEÑOR LÓPEZ SECCHI.- Quiero responder las preguntas que hicieron los señores senadores Agazzi y Lafluf.

El señor senador Agazzi preguntaba por qué nos sentíamos distintos y si esto ocurre solamente con los médicos anestésico quirúrgicos, y el tema del acto médico. En realidad, hay diferencias de actividad entre los anestésico quirúrgicos y la medicina general aunque con esto no quiero restar importancia a los médicos generales, que tienen su propia e importante actividad en cuanto a la salud del ser humano.

También hay diferencias geográficas. El señor senador Lafluf mencionó el tema de FEMI y, si bien no es nuestro sindicato, es una realidad que tiene diferencias geográficas que hacen que su realidad sea completamente distinta a la del resto de los colectivos, de los sindicatos que existen en este país, que son tres. Estoy hablando de un solo gremio pero que incluye a tres sindicatos.

Hay algo más que aclarar respecto al acto médico: en esto no somos distintos. Quiero decir a los señores senadores que todos los médicos de este país cobran acto médico, sean anestésico quirúrgicos o no. Repito: en este país todos cobran acto médico en relación a la función que desarrollan, aun los no anestésico quirúrgicos.

Por otra parte, quiero contestar al doctor Lafluf que pidió, específicamente, que profundizara un poco más acerca de que si hay especialistas sin título, hoy en día, trabajando en el Sistema Nacional Integrado de Salud. La respuesta es sí, principalmente en ASSE pero también, en menor cantidad, en las instituciones mutuales. En ASSE existen muchos especialistas –por ejemplo, anestesistas– trabajando sin título.

SEÑOR BEYHAUT.- Quería hacer un comentario en cuanto a ASSE.

En particular, la situación de ASSE nos preocupa. Hemos tenido muy pocas instancias para poder relacionarnos con las autoridades de ASSE porque, prácticamente, no nos han recibido y las veces que lo han hecho no han contestado nuestras inquietudes. Tenemos planteos que ya vienen desde hace tiempo, incluso, de la legislatura anterior.

No obstante, quiero decir que no venimos aquí solo a reclamar cosas. Reconocemos que en ASSE ha habido mucha inversión y aumento de sueldos. Por ejemplo, esta que estoy mostrando es la gráfica de la remuneración del trabajo anestésico y podemos ver cómo se ha invertido, en los últimos años; a partir del 2012 ha habido aumento en ese sentido. En particular, en el 2011 hubo un aumento de recursos para ASSE, para las sociedades anestésico quirúrgicas a través del VAC. Los procedimientos en ASSE no han aumentado demasiado, se mantienen iguales. Quiere decir que la evolución de los procedimientos, urgencias y cirugías sigue igual, no ha habido, prácticamente, grandes modificaciones.

Sin embargo, en este momento ASSE no tiene un problema de recursos humanos en cuanto al número de funcionarios, pero sí en cuanto a la calidad. En esta imagen mostramos cómo ha ido creciendo el número de anestesistas, el número de residentes que están en formación en el Uruguay. En los últimos años ha aumentado un 58 %, o sea que tenemos un buen número de anestesistas.

En este momento, por ejemplo, hay más de 400 remuneraciones en el Uruguay a anestesistas. La Organización Mundial de la Salud dice que tiene que haber un anestesista cada 10.000 habitantes, por lo que con 340 sería suficiente. Tenemos aproximadamente 330 o 340 anestesistas titulados en este momento. Entonces, el número de anestesistas vinculados con ASSE –tengan o no título– ha aumentado. Acá tengo la gráfica del año 2013; como pueden ver, en el 2014 bajó un poco, y sabemos que en el 2015 está subiendo. Aquí marca 217 en 2011, 276 en 2012 y 325. Sin embargo, tenemos un problema grave: los anestesistas que trabajan en ASSE no tienen título en anestesia. En el Hospital de la Mujer el 70 % de los anestesistas no tiene título de anestesistas; en el Hospital Pasteur, el 55 %; en el Hospital Maciel, el 52 %; en el Hospital Pediátrico, el 14 % –ahí están bien–; y en Traumatología, el 12 %. Esto quiere decir que aproximadamente la mitad de los anestesistas no tiene título. ¿Por qué se da esta situación? Ya sabemos uno de los motivos, pero me voy a referir a algo que también es importante. Una cosa es que trabaje de R4 –alguien que está al final de su carrera, o sea, prácticamente formado– a que trabaje un residente de segundo y tercero año, como sucede en los hospitales Pasteur, De la Mujer y Maciel, donde casi un tercio de ellos son R2 y R3, eso significa que hicieron un año de residencia y ya están al frente del servicio. El 80 % de los residentes que hacen guardia los fines de semana no tienen título. Entonces, si alguien tiene que atenderse con un anestesista de un hospital de Montevideo durante un fin de semana, probablemente sea atendido por un residente. ¿Está supervisado? Sí, por un grado 3, que está en su casa, o afuera, y se lo llama. Pero las primeras medidas son tomadas por alguien que no tiene la formación suficiente como para estar en ese puesto. Y ¿por qué se da esa realidad? No es porque la gente no quiera trabajar en ASSE; de hecho, lo sigue haciendo. Fíjense que si hay más de 400 anestesistas, de los cuales 325 trabajan en ASSE, o sea que hay mucha gente vinculada con la salud pública. Pero ¿qué pasa? Trabajan poquitas horas; por ejemplo, un tercio de ellos trabaja menos de 20 horas por mes, y los jefes de servicio –que son quienes tendrían que venir a plantear esta situación– dicen que no tienen más remedio que trabajar con la gente que quiere trabajar. A nadie le sirve un empleado que trabaje un ratito por semana, no le rinde pero, sin embargo, no se puede prescindir de ese poco ratito por semana que le dedica a Salud Pública. Comento esto porque es algo que queremos planteárselo a ASSE y tenemos soluciones. No queremos que nos paguen más; el solo hecho de que nos dupliquen el VAQ de anestesias saldría USD 2:000.000 por año. VAQ significa variable anestésico-quirúrgica, es el acto médico que paga ASSE, que es una cantidad fija que se asigna a todas las especialidades anestésico-quirúrgicas y que se distribuye de una forma fija. Entonces, no es que el que más trabaja, más gana, sino que el que más trabaja, gana menos. En definitiva, es una remuneración por acto, que equivale a casi un tercio del salario. Sin duda, esto podría considerarse que es un esfuerzo para la sociedad, pero quién sabe si es tanto. Pero no se trata de pedir porque sí, sino que eso se pediría a cambio de un compromiso distinto: «tú me das más y yo me comprometo a hacer un cargo completo, a hacer 75, 80 o 90 horas». De esa manera se crea un equipo estable, se fideliza el trabajo, se trabaja todos los días, se trabaja de determinada forma, teniendo un cierto compromiso. Esa sería una manera, pero no hemos logrado que ASSE escuche esa propuesta; no queremos pensar que va a escucharnos cuando los dramas ya hayan aparecido, creemos que no va a ser así. Este es el cuadro que mencionamos que muestra la proporción de anestesistas no titulados.

Lo que pretendemos es dejar planteada la situación actual para que todos estén al tanto de que nosotros estamos en el camino de querer corregirla y que ello no implica solo dinero. Probablemente, tengan que darnos algo; sin duda, así tendrá que ser, pero nosotros les daremos nuestro compromiso de cargos, de formas de cargos, que en este momento no tienen –no por comisión de apoyo sino por ASSE–, cargos en los cuales los médicos trabajen en forma ordenada y por más

tiempo, tengan una mejor remuneración y se comprometan más con el sistema, que es lo que el sistema precisa. Fíjense que quienes cumplen el cargo completo en Traumatología –que es donde hay más– son solo el 40 %, en otros servicios es un tercio o la quinta parte, o sea que solamente uno de cada cinco realiza una tarea igual que en el mutualismo o tienen el mismo compromiso que con una institución privada.

Estoy trayendo esta información porque creo que es pertinente en esta comisión. Probablemente dentro de poco tiempo tengamos que estar hablando de esto en público –ojalá que no–, pero por lo menos los señores senadores están en conocimiento de qué es lo que nos está pasando.

SEÑOR PRESIDENTE.- El rol de la comisión es escuchar a las delegaciones que nos visitan –lo hemos hecho con mucho gusto, como corresponde y, además, todo el material que trajeron queda a nuestra disposición–, pero ello no quiere decir que necesariamente compartamos lo expresado, máxime si tomamos en cuenta que somos colegas. Lo que vale es que la comisión reciba la opinión que ustedes han trasmitido.

Agradecemos la presencia de la delegación y les solicitamos que nos dejen la información que aportaron.

(Se retiran de sala los representantes del Sindicato Anestésico Quirúrgico).